

ANTROPOLOGIA EN LA EDUCACION SANITARIA¹

Paolo Bartoli

Istituto di Etnologia e Antropologia Culturale
Centro Sperimentale di Educazione Sanitaria
(Università di Perugia)

¹ Ponencia presentada en Noviembre de 1989 en las *III Jornades de l' I.C.A.: "L' Antropologia a la societat"*

1. A pesar de que desde hace algunos años, incluso en España, se esté debatiendo sobre educación sanitaria entre el personal sanitario, sigue pesando, a mi juicio, sobre ella una imagen inadecuada y carente de actualidad que la muestra como un conjunto de campañas de información y de persuasión, llevadas a cabo sobre todo a través de los medios de comunicación de masas, y que se caracterizan por una relación desigual entre el personal sanitario, que por definición sabe, y los individuos que hay que educar y que también por definición, no saben.

Esta imagen de la educación sanitaria, que no es arbitraria en la medida en que está fundada en una práctica muy difundida en el pasado reciente, nos parece hoy completamente inapropiada para el desarrollo de las nuevas tareas de prevención que el sistema sanitario en su conjunto debe realizar en relación a las patologías y a las causas de muerte más frecuentes, y especialmente al crecimiento de la conciencia y de las necesidades de la población acerca de los temas referentes a la defensa y a la promoción de la salud.

Hoy, como antropólogos que nos ocupamos de la formación del personal sanitario destinado a desempeñar actividades educativas con la población, nos inspiramos en una concepción de la educación sanitaria muy diferente que quiero proponer a continuación, para intentar circunscribir un terreno de confrontación común, y sobre todo, también por que las consideraciones que voy a hacer respecto a la aportación de la Antropología cultural tienen sentido en referencia a una concepción de este tipo.

Para ser sintético, me limitaré a citar aquí una definición del profesor Alessandro Seppilli, que es como sigue:

"La educación sanitaria es una intervención social, que tiende a modificar, de manera consciente y duradera, el comportamiento en relación a la salud. Presupone el conocimiento del patrimonio cultural del grupo y la determinación de sus intereses subjetivos",

y también:

"La educación sanitaria es un proceso de comunicación interpersonal, dirigido a proporcionar la información necesaria para un examen crítico de los problemas de la salud y para responsabilizar a los grupos sociales y a los individuos en la elección de comportamientos que inciden directa o indirectamente sobre la salud física y psíquica de las personas y de la colectividad".

Estas definiciones implican dos consecuencias teóricas y operativas que quisiera resaltar:

a.- los destinatarios de la intervención no son

simples receptores pasivos de información o de prescripción, sino que se configuran como sujetos activos de la relación educativa;

b.- la intervención de educación sanitaria no consiste en una simple transmisión de información científica culturalmente neutral sino que, por el contrario, se configura en una auténtica intervención en la cultura de los individuos ya que tiende a incidir en los conocimientos, los valores y los comportamientos de la gente.

En este sentido me parece un racionalismo abstracto la idea (aunque esté muy difundida entre el personal sanitario) de que el rigor científico de la información transmitida sea por sí solo suficiente para garantizar un buen planteamiento, y por tanto la eficacia de la intervención. Aquí me gustaría invocar la autoridad de uno de los padres de las ciencias sociales, Emile Durkheim, que ya en 1912 observaba:

"Incluso los conceptos contruidos en base a todas las reglas de la ciencia, están bien lejos del hecho de que su autoridad derive únicamente de su valor objetivo. No es suficiente que sean verdaderos para que se crea en ellos, por que si no armonizan con las demás creencias, opiniones, en una palabra con el conjunto de las representaciones colectivas, serán rechazados; las mentes se cerrarán a ellos y por tanto serán inexistentes" (Durkheim 1960:625).

La educación sanitaria, tal y como nosotros la concebimos, se configura como una actividad que se caracteriza por la confrontación entre el saber médico y los saberes profanos (pero quizá sería mejor poner en plural también el saber del médico), confrontación a través de la cual los objetivos y los procedimientos de la intervención educativa se redefinen constantemente debido a los procesos de transacción y de negociación entre los sujetos implicados (los profesionales y los grupos de población). Es justo este carácter de confrontación que nosotros estimamos que debe hoy distinguir a la educación sanitaria, el que asigna el papel fundamental a la Antropología.

2. Disciplina comparativa por excelencia, la Antropología cultural considerada en su ámbito general, y en el particular en el caso de la Antropología de la medicina, puede ofrecer en primer lugar los instrumentos para cuestionar y considerar con un mayor sentido crítico la pretendida universalidad y objetividad de los conocimientos y de las prácticas con las cuales en las sociedades modernas la medicina científica interpreta y manipula las condiciones de salud y de enfermedad. En otras palabras, se trata de reconocer que los conocimientos teórico-prácticos producidos por la medicina científica son sólo una de las formas del saber sobre el cuerpo sano y enfermo, y que se deben considerar, por lo tanto, como un producto histórico-social íntimamente ligado a las orientaciones de fondo de la cultura en la que se ha constituido.

Pudiera parecer que estas consideraciones son válidas sólo en el campo de la confrontación entre la medicina científica occidental y las medicinas de las sociedades completamente distintas a las nuestras, y en cambio ser irrelevantes o

inoportunas en el seno de nuestra propia sociedad.

En realidad -y aquí me limito a recordar una verdad que a veces de tan obvia se la olvida o censura en la práctica diaria de los servicios-, incluso si nos ceñimos a nuestro contexto cultural, fuertemente marcado por una orientación científica, existen diferencias profundas entre los distintos grupos sociales en la forma de pensar y de gestar la condición de bienestar y de malestar; diferencias que se añaden a la gran heterogeneidad en los recursos materiales y sociales, que condicionan la experiencia de los individuos en relación a la salud y la enfermedad. Son la misma heterogeneidad económica, social y cultural, la misma pluralidad de trayectorias existenciales, de estilos de vida, de aspiraciones y de necesidades, las que definen el marco concreto dentro del cual se llevan a cabo las intervenciones en educación sanitaria.

De este modo, una primera aportación fundamental a un análisis en clave antropológica de las actividades educativas en el ámbito de la salud, consiste en el hecho -también esto muy poco considerado- de reconocer que el educador sanitario es portador de una subcultura profesional, es decir, el saber técnico-científico, que le separa de los profanos y, al mismo tiempo, de la subcultura profana del grupo social al que pertenece. Esto significa que su operatividad por mucho que esté fundada sólidamente en su saber profesional, está en mayor o menor medida afectada por opiniones, prejuicios, actitudes y opciones ideológicas que le pertenece no como profesional sino como ciudadano de a pie.

El placer y el dolor, la sexualidad y los métodos anticonceptivos, la procreación, el aborto, el riesgo de enfermedad y de muerte, por ejemplo, son algunos de los ámbitos de experiencia de los individuos en los que interviene la educación sanitaria; respecto a ellos el personal sanitario nutre inevitablemente, y a menudo expresa de forma más o menos explícita, sentimientos, creencias y juicios que tienen poco que ver con sus conocimientos científicos.

Es fácil que el personal sanitario reconozca que los usuarios posean una imagen de los servicios y de los profesionales que allí trabajan, que no se limita a reflejar la cualidad "objetiva" de las prestaciones recibidas, sino que de alguna manera recoge y condensa un conjunto de experiencias que son muy diferentes entre sí. Sin embargo, se debe reconocer que, por su parte, el personal sanitario tiene una imagen de la población que no coincide con su fotografía objetiva en términos estadísticos o epidemiológicos, y que en cambio incide en su manera de relacionarse con su grupo de usuarios.

No se trata por tanto de purificar -cosa que sería imposible- la relación educativa de todas las dinámicas emocionales y interpretativas, ajenas al campo estrictamente técnico, sino desarrollar, en los educadores sanitarios, una sensibilidad antropológica que les permita al mismo tiempo reconocer y aceptar el carácter no neutral de su propia intervención y percibir el peso cultural de los distintos modos de pensar y de actuar de las personas con las que toman contacto.

Acabo de hacer alusión al hecho de que no son solo la enfermedad, o las enfermedades, las que se transcriben en términos culturales y las que originan de este modo una plurali-

dad de significados y de vivencias subjetivas. Lo mismo sucede con el cuerpo, sus partes y sus funciones, y con el conjunto de las condiciones psicofísicas que se pueden englobar en una definición de salud.

En este sentido podemos determinar también otro aspecto importante de la aportación que la Antropología ofrece a la educación sanitaria: se trata, concretamente, de la investigación y del reconocimiento de los modelos culturales, o si se prefiere, de las representaciones del cuerpo, de la salud y de la enfermedad, que forman parte del patrimonio cultural de los grupos de población con los que se pretende trabajar.

En otros términos, se trata de borrar dos imágenes muy difundidas, diametralmente opuestas pero igualmente superficiales y erróneas, por las que los usuarios se caracterizan alternativamente, o por un "vacío" de conocimientos que la educación sanitaria debería colmar o, por el contrario, por un "lleno" de prejuicios, de supersticiones y de errores que la educación sanitaria debería erradicar. Los modelos culturales con los que los individuos gestionan los problemas de salud y de enfermedad, constituyen una realidad rica y compleja que el educador sanitario debe conocer y a la cual debe enfrentarse, si no quiere llevar su propia intervención a un probable fracaso.

Opinamos que por esta razón, la premisa más importante que debe guiar la actividad del educador sanitario sea estar dispuesto a reconocer un sentido o un motivo a todas las modalidades -incluso aquellas "irracionales" o incomprensibles según los criterios de la medicina científica- con las que los individuos defienden o arriesgan su propia salud, e intentan combatir la enfermedad o adaptarse a ella. Se trata, por tanto, de una actitud que no es obvia y que no es siempre fácil de practicar, ya que podría parecer que es necesario suspender, junto a las propias competencias, la posibilidad de formular una valoración. Claro que no se trata de esto sino del hecho que sólo la investigación y el descubrimiento de este conjunto de significados expresados por la población facilita al educador la posibilidad de negociar con ésta el significado de su propia intervención.

3. Dentro de este marco de referencia general, quisiera ahora aludir a otros dos importantes aspectos de la aportación que la Antropología puede dar a la actividad de educación sanitaria.

El primero consiste en considerar el proceso educativo como un tipo de dinámica cultural que, como tal, no se realiza en un vacío de significados sino que, por el contrario, está situada dentro de la red de la circulación cultural de un contexto social determinado; las informaciones y las propuestas de comportamiento transmitidas por la intervención educativa se enfrentan, con modalidades y resultados diferentes, con el conjunto de mensajes y de significados que una pluralidad de sujetos sociales (de la familia a los medios de comunicación de masas, pasando por los servicios sanitarios, la escuela, la industria,...) construyen respecto a los mismos temas de los que se ocupa la educación sanitaria (baste pensar en la alimentación, en la sexualidad, en las drogodependencias, en la higiene del cuerpo, sólo por citar algunos de sus caballos de batalla). Por esto, no tiene sentido

limitarse a evaluar las intervenciones de educación sanitaria sólo en los términos de rigor científico de los contenidos transmitidos o del número de personas implicadas en la intervención, sino que es necesario evaluarlo en los términos de las modalidades de comunicación adoptadas. Esto significa plantearse como objeto de análisis y de reflexión la elección de los códigos y de los subcódigos que hay que usar en los mensajes educativos, el problema de las competencias comunicativas de los destinatarios, el problema, en definitiva, de una estrategia de comunicación calibrada por una parte en base a las necesidades, las actitudes, los significados que son propios de los sujetos implicados en el proceso.

Un segundo aspecto se refiere a la posibilidad de modificar, en una óptica antropológica, lo que en mi opinión es un auténtico prejuicio del personal sanitario y que consiste en pensar que los conocimientos, los valores, los estilos de vida, en una palabra los modelos culturales de la población, cuando de alguna forma no están orientados por el saber médico, representan de todos modos un obstáculo, un factor de resistencia a la intervención educativa.

La complejidad y la riqueza de las posibles interacciones entre el educador sanitario y la población, de esta manera se minimizan y se banalizan en la falsa alternativa del "conmigo o en contra de mí", mientras que no se percibe la existencia de orientaciones culturales que no son un obstáculo para una correcta intervención educativa, sino que pueden constituir un recurso importante. La historia de las incesantes batallas llevadas a cabo en nombre del "progreso higiénico y social" contra las "supersticiones" de la medicina popular, está sembrada de ejemplos de ceguera y de incomprensión por parte de la medicina científica en relación a las potencialidades positivas, que sin embargo están presentes en la cultura tradicional de las clases populares.

4. Me acerco a la conclusión y quisiera adelantar, en cierto sentido, la respuesta a una pregunta, que se puede plantear dado todo lo dicho hasta este momento: la antropología cultural no está en condiciones de ofrecer a la educación sanitaria indicaciones más precisas, más "técnicas", para acrecentar la eficacia de las intervenciones modificando conocimientos, actitudes o comportamientos? ¿La educación sanitaria no es un tipo de comunicación persuasiva, una especie de "buena" publicidad que debería apoderarse de sus mismas estrategias de comunicación, de los mismos artificios retóricos, de la misma capacidad de influir en las elecciones individuales?.

Invento estas preguntas para darme la oportunidad, al final, de explicitar la razón de la "filosofía" -que quizás pueda parecer "minimalista"-, de nuestra aportación como antropólogos a la educación sanitaria.

Todos, y también nosotros, saludamos como un hecho positivo la importancia que hoy se le reconoce a la prevención, y a la reciente orientación del sistema sanitario hacia la defensa y la promoción de la salud. En cambio, justo en el momento en el que la medicina se ocupa de la salud es cuando esa misma pretende ocuparse de todo; el esquema del razonamiento es muy sencillo y se podría expresar con la forma de un silogismo: la medicina se

ocupa de la salut, la salut depende de todo un conjunto de factores sociales y culturales, la medicina se ocupa de este conjunto.

De aquí nace, precisamente, el carácter fundamentalmente ambivalente de la educación sanitaria, dividida entre la tarea de ayudar a los individuos a defender y mejorar la propia salud, y el riesgo de convertirse en un instrumento de control social, más peligroso en la medida que está ocultado por la legitimidad indiscutible de la verdad científica.

El escenario dentro del que es preciso gestar esta ambivalencia es -por usar una palabra de moda y un concepto muy discutido- el del proceso de medicalización, común a todas las sociedades modernas, y que yo quisiera definir, muy sintéticamente, como una dilatación tendencialmente totalitaria de la esfera de competencia de la Medicina, como posible tentación a proponerse como una nueva y exhaustiva "antropología".

La misma importancia cultural del sistema sanitario y de las interacciones sociales que se entrecruzan en el terreno de la salud y de la enfermedad, me parece justificar plenamente nuestro interés profesional de antropólogos por la educación sanitaria; al mismo tiempo, sin embargo, sugiere o impone una elección metodológica y "política" que no puede ser eludida de ningún modo con la coartada de la neutralidad de nuestra contribución.

En el plano metodológico -lo he señalado ya en el curso de mi exposición- nuestra elección se basa en el supuesto de que el educador sanitario, a pesar de que sea competente en el ámbito médico, no lo es con respecto a los problemas y a las necesidades de los usuarios, a sus condiciones de vida y a sus modelos culturales.

Por eso consideramos no como una opción ideológica sino como la única estrategia eficaz la de programar intervenciones educativas en las que el personal sanitario se relacione con los grupos de población redefiniendo con ellos la situación problemática (¿cuál es el problema de salud? ¿cuáles son los riesgos? ¿cuáles son los obstáculos y los recursos?), y negociando con ellos el sentido de la propia propuesta de cambio. Esta metodología basada en el conocimiento del otro, en el dejar espacio a las palabras, a las definiciones y a los problemas del otro, basada en definitiva en la construcción en común de la intervención educativa, nos parece no solamente la más eficaz respecto al objetivo a defender la salud, sino también la más coherente para hacer frente a la posibilidad de que la medicina se convierta efectivamente, como ha denunciado el sociólogo Irving Zola (1981: 31-51) "en el codificador del sentido de la vida en el siglo XX".

BIBLIOGRAFIA

Durkheim, Emile:

1960 *Les Formes Élémentaires de la Vie Religieuse*.
Paris, PUF (Hay traducción española).

Zola, Irving:

1981 "Culte de la Santé et méfaits de la Médicalisation",
p:31-51. En: *Médecine et société*. Montréal, Les Années 80.